

Institutt for sykepleie og helsefag  
Bachelor i sykepleie

KULL 2005 H

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

SY180H 000

VÅREN 2007

TITTEL: AFASIOMSORGEN – FRA TAUS KUNNSKAP TIL  
BEVISSTHET

FORFATTER: Kandidat 213

Antall ord: 9811

# INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Historien om Karl.....	1
1.2 Introduksjon.....	1
1.3 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.4 Problemstilling.....	2
1.5 Avgrensninger i problemstillingen.....	2
1.6 Formålet med oppgaven.....	3
1.7 Definisjon av kompetansebegrepet.....	3
1.8 Oppgavens disposisjon.....	4
2.0 METODE.....	5
2.1 Forklaring av metode og mitt metodevalg.....	5
2.2 Fremgangsmåte.....	5
2.3 Styrke og svakheter ved metoden.....	6
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	7
3.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1926-1973).....	7
3.1.1 Om sykepleie.....	7
3.1.2 Menneske-til-menneske-forholdet.....	8
3.2 Hva er afasi.....	8
3.2.1 Typer av afasi.....	9
3.2.2 Afasipasientens rettigheter.....	10
3.3 Teori omkring sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon.....	11
3.3.1 Teori om læringsprosessen.....	11
3.3.2 Teori om veiledning.....	12
3.3.3 Teori om refleksjon.....	13
3.4 Hva er kompetanse?.....	14
3.5 Teori om metoder og erfaringer i refleksjonsarbeid.....	16
3.5.1 ”Hjerte, hode, hender”.....	16
3.5.2 Erfaringer med refleksjonsarbeid og veiledning i sykehjem.....	16
3.6 Teori om kultur.....	17
4.0 DRØFTINGSDEL.....	18

4.1 Prosjektstart.....	18
4.2 Hvorfor er kompetanseheving viktig i forhold til afasipasienter?.....	19
4.3 Hvorfor refleksjonsgrupper?.....	21
4.4 Refleksjonsarbeid etter den didaktiske relasjonsmodellen.....	22
4.4.1 Rammefaktorer.....	22
4.4.2 Elev- og læreforutsetninger.....	23
4.4.3 Mål.....	25
4.4.4 Læringsprosessen.....	26
4.4.5 Innhold.....	27
4.4.6 Vurdering.....	28
5.0 AVSLUTNING.....	29

## Litteraturliste

## 1.0 Innledning

### 1.1 Historien om Karl

*Det er aftenvakt, og jeg og en annen vikar, som for øvrig er ny og ufaglært, skal gå for å hjelpe en pasient opp til kaffen. Karl er en mann i syttiårene som har hatt et hjerneslag for et års tid siden. Han hadde utslag i venstre hjernehalvdel, og ble lam i høyre side. I tillegg til lammelsen, fikk han afasi og mistet språket. Han kan enda si ja og nei, litt om hverandre, men når man kjenner han så skjønner man som oftest hva han mener.*

*Mens vi tok opp pasienten, snakket jeg til ham som vanlig, og da jeg spurte om han ville ha jakke på fikk jeg ikke et klart svar, bare mumling. ”At du orker! Det er ikke vits i å prøve å snakke med ham, han forstår jo ingenting, det ser du vel!” var kommentaren jeg fikk fra den nye vikaren. Jeg ble svært paff, og syntes nesten jeg så Karl synke mer sammen i stolen og smilet han hadde forsvant.*

*Jeg kjente at jeg ble irritert og sint på den nye vikaren på vegne av Karl som hadde blitt så urettferdig behandlet. Var det uhøflighet og frekkhet som gav en slik kommentar, eller var det uvitenhet, at hun rett og slett ikke ante hva afasi dreide seg om?*

### 1.2 Introduksjon

Hvert år rammes omtrent 15 000 mennesker av hjerneslag (Wergeland, Ryen, Olsen, 2001). Det skjer brått, uventet og livet til den som rammes, blir nok aldri det samme. Anne Karin Elstad forteller i boken Maria, Maria (1988) om fortvilelsen ved de fysiske skadene hovedpersonen får som følge av slaget, paresene og afasien, i tillegg til den ulmende frykten for at det skal hende igjen. Boken skildrer et hjerneslag som gav afasi sett fra pasientens side, og forteller om hennes tanker, følelser og fortvilelse i møte med den nye ”seg” og helsevesenet. Å være helsepersonell og skal møte og hjelpe en afasipasient kan være en utfordring. Særlig dersom kompetansen på området er liten. Det er om lag 3000 mennesker, eller 20 %, av de 15 000 som årlig rammes av hjerneslag, som får språkvansker, afasi, som en følge av hjerneslaget (Wergeland m.fl., 2001).

Afasi defineres som

*”(..) en språkdefekt som skyldes skade i hjernens språkområde hos personer som tidligere har fungert språklig normalt. Graden av forstyrrelse varierer med hvor stor*

*skaden er, og hvilket språkområde som rammes.” (Wergeland m.fl., 2001:798)*

En del av disse vil også ha fysiske handikap, som for eksempel hemipareser, halvsidige lammelser (Wergeland m.fl., 2001). Noen vil ikke kunne klare seg hjemme etter funksjonstapet, og det kan derfor bli nødvendig med sykehjemsinnleggelse.

### 1.3 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen min for å skrive denne oppgaven er mine erfaringer, på godt og vondt, med pasienter med afasi. Jeg har møtt både kvinner og menn, på rehabiliteringsavdelinger, sykehus og sykehjem. Særlig gjennom mitt kjennskap til en mann med afasi på sykehjem, har jeg sett flere episoder med misforståelser vedrørende hans språkvansker som jeg tror kunne vært unngått. Episodene har vært stort sett like, det er pleiere som misforstår hva han sier, mange vil ikke prøve å forstå og trekker seg unna fordi det er vanskelig. De kan også ha en slik oppfatning av ham at fordi han ikke kan snakke så forstår han ingenting, de tenker at det er en kognitiv svikt som er årsak til språkvanskene. Jeg er kanskje en ung og idealistisk sykepleierstudent, men jeg synes det er trist at slike misforståelser kan skje på norske sykehjem, og ønsker å bidra til å gi pleiere en bedre forståelse av afasi.

I oppgaven ønsker jeg å belyse sykepleierens pedagogiske funksjon innen sykehjem, og finne ut hvordan sykepleieren med sin kunnskap kan hjelpe de afasirammede på avdelingen ved å bidra til at pleiernes kompetanse heves ved hjelp av refleksjonsgrupper. Hvordan kan hun gjøre situasjonen for den misforståtte pasienten bedre?

### 1.4 Problemstilling

*Omsorgen for afasipasienter på sykehjem:*

*Hvordan kan sykepleieren bidra til å øke kompetansen hos personalet ved hjelp av refleksjonsgrupper som fremmer refleksjon i og rundt praksisen?*

### 1.5 Avgrensninger i problemstillingen

Jeg har valgt sykehjem som arena, fordi det er et sted hvor man kommer tett og nært innpå afasipasienter, og samhandler med dem i ulike situasjoner. Det er også derfra jeg har mest

erfaring med afasipasienter.

I oppgavens drøftingsdel vil jeg også inkludere hvorfor kompetansehevingen er viktig, både for pasienten og for personalet som jobber med dem. Etter mitt syn vil det i denne oppgaven være naturlig å ta opp grunnlaget for *hvorfor* sykepleieren bør bidra til en kompetanseheving, på grunn av mitt hovedmål; å sikre god helhetlig omsorg for afasipasienter på sykehjem.

Det blir sentralt i oppgaven å gi helsepersonell hjelp til å øke sin kompetanse omkring afasi og omsorgen for denne pasientgruppen. Jeg tror det kan bidra til at de bedre mestrer vanskelige situasjoner som kan oppstå med afasipasienter på grunn av kommunikasjonsvanskene.

Ønsker også å ha fokus på en metode som ikke er kostbar eller for tidkrevende, slik at den kan være praktisk gjennomførbar i norske sykehjemsavdelinger.

## 1.6 Formålet med oppgaven

Å sette fokus på omsorgen afasipasientene får på sykehjem. Dersom det er slik jeg opplever, at det er lite kunnskap om afasi, vil jeg bidra til å gjøre noe med det. Jeg ønsker å belyse sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon, og å vise at hennes kompetanse kan bli utnyttet også på denne måten på arbeidsplassen. At sykepleiere kan dele sin kunnskap med andre kolleger som ikke innehar den kunnskapen, mener jeg er viktig innen helsearbeid. Det er også skrevet i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, nr 4.2, at *"Sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helsearbeidere som deltar i pleie og omsorgsfunksjoner"* (Norsk Sykepleierforbund, 2007:9). Med denne oppgaven håper jeg å vise gode løsninger for hvordan pleiepersonalet, kanskje særlig de ufaglærte og minst erfarne, kan føle at de bedre mestrer å hjelpe afasipasienter.

## 1.7 Definisjon av kompetansebegrepet:

Kompetanse: En grunnforståelse av kompetanse kan være *"(.)rett og myndighet til å foreta visse handlinger eller til å avgjøre visse saker, eller som dyktighet, brukbarhet."* (Tveiten, 2002:13). For å relatere det til helseprofesjonen, må det ses i forhold til fagets verdier, mål, målgrupper, metoder og ideer. Begrepet strekker seg lenger enn kunnskap, og *"(.)består av individuelle kunnskaper, holdninger og ferdigheter og erfaringsbasert innsikt relatert til en definert yrkesfunksjon."* (Tveiten, 2002:13).

## 1.8 Oppgavens disposisjon:

Jeg har valgt å ikke gi andre begrepsforklaringer enn kompetansebegrepet i innledningskapitlet, fordi det er det begrepet som er mest opphevet i forhold til oppgaven. Tveiten (2002) sier at kompetansebegrepet må relateres til helseprofesjonen ved å se det i forhold til dette fagets verdier og ideer. I dette tilfellet kan sykepleiefagets verdier forstås som blant annet de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, og fagets idé som Travelbees sykepleieteori. Slik velger jeg å bruke definisjonen, og ta med dette i drøftingen omkring hva det kan bety for helsepersonells kompetanse. Andre begrep som også er sentrale, er belyst i teorikapitlet.

For enkelthets skyld har jeg valgt å omtale sykepleieren/annet pleiepersonell som ”hun”, og pasienten som ”han”. I historiene har jeg valgt å anonymisere gjennom å gi pasienten et annet navn, fordi jeg ønsker at historien skal ha et personlig uttrykk også for leseren.

Oppgaven er delt inn i en metodedel, en teoridel, samt drøfting av litteratur opp imot min problemstilling. I teoridelen vil jeg belyse mitt valg av sykepleieteoretiker, Travelbee, teori om refleksjon, veiledning og kompetanse, samt erfaringer som er blitt gjort med veiledning og refleksjonsgrupper i helsevesenet. I drøftingsdelen vil jeg drøfte litteratur og relevant forskning opp imot min problemstilling. Til slutt oppsummerer jeg de viktigste punktene i oppgaven og forsøker å trekke en konklusjon som svar på problemstillingen.

## 2.0 Metode

### 2.1 Forklaring av metode og mitt metodevalg

Hva er en metode? ”En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Dalland, 2000:71) Den sier hvordan vi skal gå fram for å finne ny kunnskap eller for å etterprøve dagens kunnskap. Når man velger metode, velger man den framgangsmåten som man mener vil gi oss best svar på det vi søker etter (Dalland, 2000). Jeg har valgt å finne en løsning på min problemstilling ved å bruke litteratur. Derfor vil min oppgave i hovedsak være en litterær studie, men jeg vil også bruke selvopplevde historier for å holde fokuset på afasiomsorgen. For å åpne oppgaven, satte jeg inn en erfaring jeg hadde som gjorde meg oppmerksom på ”problemet” med å misforstå afasipasienter og deres språkvansker. Jeg ønsker med den å gi leseren et innsyn i mine erfaringer og også på den måten forstå hvordan jeg kom frem til mitt temaområde og problemstilling.

Min metode vil være kvalitativ. Den kvalitative metode kjennetegnes av at den er basert på mening, erfaring og opplevelse, og lar seg vanskelig måle (Dalland, 2000). Jeg bruker erfaringsbasert kunnskap, kvalitativ kunnskap, og forsøker å finne svar i litteratur som omhandler emnet. Den hermeneutiske tenkingen innebærer at man ser vitenskapen helhetlig, man ser alle sider ved menneskets sykdom, og særlig menneskets mestring av det å ha sykdommen (Dalland, 2000). Jeg mener derfor at min oppgave vil ligge under det hermeneutiske synet, på grunn av helhetstenkingen, og fokuset på noe annet enn det målbare og synbare.

### 2.2 Fremgangsmåte

Valg av litteratur er gjort på flere måter. En del bøker og forfattere har jeg et forhold til fra tidligere i utdanningen gjennom pensum, og ble valgt ut på grunn av det. Jeg har også brukt BIBSYS, som er en felles bokkatalog for norske universitet og høyskoler (Dalland, 2000). Der har jeg brukt søkeord som afasi, pedagogikk, veiledning og læring, og funnet frem til bøker og artikler på den måten. Har også benyttet søkemotoren ProQuest og søkt med ord som aphasia, learning, teaching og stroke.

I oppgaven har jeg også brukt sekundærkilder for å kunne inkludere viktige personer innen



pedagogikken. Det har blitt for stort i forhold til oppgavens størrelse, og tidsrammen, å bruke kun primærlitteratur. For ekstra innspill, og for å gjøre teoridelen om Travelbees sykepleieteori mer komplett, har jeg også valgt å bruke en sekundærkilde i tillegg til den primære.

Et tips jeg fikk for å se etter aktuell litteratur, var å se i litteraturlisten til fagartikler eller bøker som omhandlet mitt temaområde. Der fant jeg frem til andre artikler og bøker som var av relevans. Noe av litteraturen jeg valgte ut, gikk igjen i andre bøker og artikler, og jeg anså dem derfor som gyldige kilder. Min veileder har også gitt meg tips om aktuell litteratur.

### 2.3 Styrke og svakheter ved metoden

En styrke med min metode er det jeg har av egenerfart kunnskap om afasi og afatikere, som jeg har tilegnet meg gjennom studiepraksis og arbeid på sykehjem med afasirammede. Jeg har hatt tilgang til ulike kilder gjennom internett, som for eksempel via søkemotorer og tidsskrifter, i tillegg til bibliotek. Ved å søke på både norsk og engelsk, har jeg funnet relevant stoff.

En svakhet med den litterære metoden er at litteraturen jeg har brukt, ikke er systematisk utvalgt. På grunn av begrenset erfaring med annen faglitteratur innen pedagogikk enn pensumlitteratur, og tidsrommet oppgaven skal skrives på, ble det nokså tilfeldig hvilken litteratur som ble valgt ut av den litteraturen som berørte mitt tema.

Det som også kan være en svakhet, er at jeg ikke har særlig erfaring med pedagogikk og veiledning generelt. Selv om dette kan være en ulempe, ville jeg skrive denne oppgaven fordi dette er et tema som opptar meg veldig.

### 3.0 Teoretisk referanseramme

#### 3.1 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1926-1973)

Travelbees teori om sykepleie har et fokus på det mellommenneskelige forholdet mellom ”pasient” og ”sykepleier”. Grunnen til at disse to rollene står i anførselstegn, er at hun ikke liker å bruke rollebetegnelser. For å kunne skape en god menneske-til-menneske-relasjon, mener hun man må være på samme nivå, uten å betegne seg som sykepleier eller pasient (Travelbee, 1999). I sin teori får hun frem et vesentlig aspekt ved sykepleie; at sykdom og lidelse er personlige erfaringer. Hun mener det viktigste for sykepleieren er å se hvilken betydning dette har for pasienten, og forholde seg til det, og ikke til pasientens diagnostikk. Hennes teori har hatt stor betydning for norsk sykepleierutdanning (Kirkevold, 2001).

##### 3.1.1 Om sykepleie

At en sykepleier har en klar definisjon av hva sykepleie er, er viktig, fordi den vil bestemme hennes atferd og handlinger, og kan også hjelpe henne til å ta beslutninger og konklusjoner i forhold til å generalisere sykepleie (Travelbee, 1999).

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.” (Travelbee, 1999:29)

Denne definisjonen ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess, fordi det alltid dreier seg om mennesker. Med prosess menes at det er en serie hendelser eller erfaringer, som skjer mellom sykepleieren og dem eller den som har behov for sykepleie og hjelp. Hjelpen kan være rettet mot et individ, familien eller samfunnet. Det er ikke all sykdom eller lidelse som kan forebygges, men sykepleierens oppgave er å hjelpe individet til mestring (Travelbee, 1999).

### 3.1.2 Menneske-til-menneske-forholdet

Kommunikasjon er et viktig begrep hos Travelbee. Det betegnes som ”*en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold.*” (Travelbee, 1999:135)

Det er først ved å inngå et menneske-til-menneske-forhold sykepleieren kan oppfylle hensikten med sykepleie, og hjelpe enkeltindivider med å forebygge og mestre de erfaringene de har med sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

Å etablere et menneske-til-menneske-forhold med individet er viktig for å kunne gå bort fra sykepleier og pasient rollene, og møte hverandre som individer. Man får da en reell kontakt med hverandre, og sykepleieren ser mennesket bak sykdommen. Det er en forutsetning for å kunne oppnå målene for sykepleien på best mulig måte (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon foregår i alle møter mellom sykepleieren og individet, verbalt og non-verbalt. Den foregår ved å påvirke partene gjensidig. Det er viktig at sykepleieren anvender en disiplinert intellektuell tilnærmingssåte til problemene, i tillegg til å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 1999).

### 3.2 Hva er afasi?

Afasi betegnes som en språkdefekt som skyldes skade i hjernens språkområde, hos personer som før skaden har fungert språklig normalt. Oftest kommer afasi som følge av et hjerneslag. Hjerneslag er en plutselig innsettende hjerneskade, som skyldes et hjerneinfarkt eller en hjerneblødning. Slaget vil føre til en funksjonssvikt i de deler av hjernen som blir rammet (Wergeland m.fl., 2001).

Et hjerneslag kan gi flere nevrologiske utfall. Disse avhenger av hvor i hjernen skaden har skjedd, og hvor stor skaden er (Jacobsen, D. m.fl., 2001). Utfallene vil normalt skje på motsatt side av den hemisfæren som har blitt skadet, fordi nervefibrene krysser midtlinjen enten i ryggmargen eller hjernestammen (Bjålie, 2000). Vanlige utfall kan være lammelser i ekstremitetene, som oftest halvsidige, skjevhet i ansiktet, sensibilitetstap, svelgvansker og taleforstyrrelser, afasi (Jacobsen, D. m.fl., 2001).

Andre årsaker til afasi kan også være hodeskader eller som et symptom på demens (Smebye og Bergland, 1997).

Afasipasienter har problemer med å finne ord som beskriver sine tanker, og har vansker i forskjellig grad med å skrive, lese og snakke som før. Det sosiale samværet med andre vil rammes på grunn av talevanskene. Tidligere hobbyer eller sosiale tilstelninger kan bli vanskelige å være med på, ikke bare på grunn av språket, men også på grunn av eventuelle fysiske funksjonshemninger som kan følge av et hjerneslag. Det vil være viktig for samtalepartnere å huske at de afasirammede har godt bevarte kunnskaper og ferdigheter til tross for språkvanskene. Depresjon er forholdsvis vanlig hos afasipasienter på grunn av ensomhetsfølelsen som ofte oppstår (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind og Qvenild, 2006).

Det er blitt utført en studie som omhandler viktigheten av et godt forhold mellom afasipasienter, og helsepersonell som er relativt gode i kommunikasjon med denne pasientgruppen (Sundin, Norberg, Jansson, 2001). Den ble utført på en rehabiliteringsavdeling med slagrammede afasipasienter, og hadde fokus på hvordan sykepleiere opplevde å danne forhold til mennesker med afasi. Studien viste blant annet at forholdet mellom afasipasienten og pleieren var av stor betydning. Det å etablere et likestilt forhold mellom pasient og pleier var viktig for at kommunikasjonen dem imellom skulle fungere. Dersom kommunikasjonen ikke fungerte, fungerte ikke omsorgen og pleien heller (ibid).

### 3.2.1 Typer av afasi

Det finnes tre forskjellige typer afasi; motorisk afasi, sensorisk afasi og total afasi. Som regel har ikke pasientene en "ren" afasitype men heller en kombinasjon (Wergeland m.fl., 2001). Ved afasi er et eller begge språksentrene i hjernen skadet, disse ligger som regel i venstre hjernehalvdel. De består av det fremre språkområde, som er senter for språkproduksjon, og det bakre språkområde, som er senter for språkforståelsen (Smebye og Bergland, 1997).

Motorisk afasi kjennetegnes ved at pasientene får problemer med å uttale de ordene de vil si. De har god språkforståelse, men klarer ikke å sette ord på sine tanker. Pasientene har en oppstykket tale med lite flyt. De kan ha et begrenset ordforråd, med faste uttrykk eller setninger. Avhengig av størrelsen på skaden, kan pasienten være klar over sine språkfeil (Smebye og Bergland, 1997).

Sensorisk afasi, vil kjennetegnes ved at språkforståelsen er forstyrret. Pasientene vil ha problemer med å forstå tekst og tale, ordene vil være uten mening. Deres tale kan beskrives som en ”ordsalat”, en flytende talestrøm som ikke gir mening. Å lytte, lese og konsentrere seg vil være vanskeligere for disse pasientene siden språkforståelsen er nedsatt (Smebye og Bergland, 1997).

Total afasi, eller global afasi, forekommer ved skade i begge språksentre. Det vil føre til at både språkforståelse og taleevne er forstyrret. Pasientenes tale vil ofte kun bestå av diverse lydkombinasjoner (Smebye og Bergland, 1997).

### 3.2.2 Afasipasientens rettigheter

Jeg vil kort nevne afasipasientens rettigheter, fordi de danner en basis, et grunnlag, for hvilken pleie og omsorg de forventes og skal få i helsevesenet. Dette er noe jeg kunne gått videre på, og drøftet dypere, men på grunn av oppgavens størrelse så blir det ikke rom for det.

Pasientens rettighet er definert som noe som gir *”den enkelte pasient et juridisk krav på en helsetjeneste eller på at helsepersonell skal handle på en bestemt måte”* (Andenæs og Olsen, 2003:137). Disse rettighetene er hjemlet i forskjellige lover og forskifter.

Pasientrettighetsloven av 2. Juli 1999 skal bl.a. bidra til at respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd blir ivaretatt. Helsepersonelloven av 2. Juli 1999, sier i Lovens § 4, at helsepersonell skal utføre sitt arbeid faglig forsvarlig, og etter det som kan forventes ut fra dens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, kvalitetsforskriften, er en relevant forskrift når det gjelder sykehjemspasienter.

Forskriftens § 1 sier at

*”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett,*

*egenverd og livsførsel.”*

### 3.3 Teori omkring sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon

Som tidligere nevnt, sier de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere nr 4.2 (Norsk Sykepleierforbund, 2007), at sykepleieren har et faglig og etisk veiledningsansvar overfor andre helsearbeidere som deltar i pleie og omsorgsfunksjoner. Hva er sykepleierens pedagogiske funksjon? Tveiten (2008:30) definerer den slik:

”Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger.”

I forhold til kolleger, vil hensikten med den pedagogiske funksjonen være å utvikle eller videreutvikle deres handlingsberedskap og – kompetanse (Tveiten, 2008).

Tveiten (2008:92) mener at veilederens ansvar er å ”*legge til rette for at mestringskompetanse styrkes, at oppdagelse og læring kan skje.*” Det er mange måter man kan legge til rette for læring, oppdagelse, vekst og utvikling, eller videreutvikling av kompetanse. Tveiten (2002) mener det viktigste i alle tilnærmingmåtene er at den som blir veiledet, skal hjelpes til å finne svarene selv.

#### 3.3.1 Teori om læringsprosessen

Læring er et begrep som kan brukes i mange sammenhenger, og defineres på ulike måter. Tveiten (2008) definerer læring som et resultat av ulike læringsprosesser som foregår hos den enkelte. Hun sier læring også brukes om de psykiske prosessene som foregår i den enkelte, som vil lede til læring. Disse psykiske prosessene kalles læringsprosesser.

”Læring kan forstås som en integrert prosess som omfatter to sammenhengende delprosesser som gjensidig påvirker hverandre: De to prosessene er samspillprosessen mellom individet og omgivelsene og den prosessen som foregår inni personen, og som fører frem til

læringsresultatet” (Tveiten, 2008:46).

Hiim og Hippe (1998) har et syn på didaktikk som en helhet av både praksis og teori. Deres definisjon på didaktikk er: *”Praktisk-teoretisk planlegging, gjennomføring, vurdering og kritisk analyse av undervisning og læring.”* (Hiim og Hippe, 1998:9)

De mener at for å få sett lærings- og undervisningssituasjonen som en helhet, kan man se på den didaktiske relasjonsmodellen (Hiim og Hippe, 1998). Den består av seks punkter (min tilpasning fra Hiim og Hippe, 1998): Elev- og læreforutsetninger, mål, rammer, læreprosess, innhold og vurdering.

*Elev- og læreforutsetningene* er deres holdninger, følelser, erfaring og forståelse for temaet, deres forutsetninger for å lære. *Rammefaktorene* er gitte, og er de som gjør læringen mulig eller som begrenser den. Det kan være for eksempel økonomi, tidsrom, lover og regler.

*Undervisningsmålene* sier noe om hva man vil at elevene, eller de ufaglærte i dette tilfellet, skal sitte igjen med etter undervisningen, og hva som var undervisningens hensikt. Ved å ha et klart mål med undervisningen, vil det være lettere både for elevene (kollegaene) og veileder (sykepleier) å holde fokuset i riktig retning. *Læreprosessen* er prosessen eleven (pleieren) går igjennom i undervisningen, og som fører til læring. *Innholdet* i undervisningen følger etter målene man har med undervisningen. *Vurderingen* av oppnådd kunnskap må tilpasses målene med undervisningen (Hiim og Hippe, 1998).

### 3.3.2 Teori om veiledning:

*”Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier”* (Tveiten, 2008:71)

Tveiten (2002) sier at hovedhensikten med veiledning er å utvikle eller videreutvikle en profesjonell kompetanse. Denne utviklingen, eller videreutviklingen, kan skje gjennom at yrkesutøveren reflekterer over egen praksis.

I definisjonen ses veiledning på som en prosess. Målene for prosessen er læring, vekst, oppdagelse og utvikling, og den lærende er i fokus. Veiledningen har dialog som hovedform (Tveiten, 2002). Det kan også ses på som for eksempel kvalifisering, en slags undervisning,

en opplæringsvirksomhet, en utdanningsprosess eller som hjelp til å lære å utvikle eller forandre (ibid).

*”Å reflektere før, under og etter handling er vesentlig for at yrkesutøvelsen skal være god. Refleksjon relatert til handling, forutsetter ikke nødvendigvis en veiledningskontekst. Veiledning kan imidlertid legge til rette for en dypere refleksjon. Veiledning bør ha som mål å vise sammenhengen mellom teori og praksis”* (Tveiten, 2002:30)

At veiledningen er strukturert, har faste rammer og er planlagt, gjør det mulig å nå målene for veiledningen. Struktur innebærer at det er fastsatt normer, rammer og regler for veiledningsvirksomheten (Tveiten, 2002).

Lauvås og Handal (2000) mener at det er ansett som en viktig del av yrkesutøveres kompetanse at de kan reflektere over sin yrkesvirksomhet slik at de på den måten kan øke sin kunnskap og få ny innsikt til det beste for sin praksis. Det blir en todelt hensikt; man skal utvikle personlig kunnskap og handling i yrkessammenheng, og inngå i felles refleksjon med kolleger med sikte på å utvikle profesjonens kunnskap og praksis (ibid).

De forklarer en veiledningsmodell som går ut på handling og refleksjon, bestående av sekvenser som danner en *”veiledningssløyfe”*, som ifølge Lauvås og Handal (2000:195) er en komplett veiledning. Den skal hjelpe pleieren med å forstå det grunnlaget av kunnskap, erfaring og verdier som yrkesvirksomheten deres går ut fra. Pleieren skal ikke bare gis den *”riktige”* måten å gjøre ting på, men utfordre til at pleieren blir mer klar over egen kunnskap, og derfor bli satt i stand til å øke eller endre kunnskapen. I veiledningen kan pleieren få utfordret kunnskapen hun har på området, og bli gitt impulser til en videre utvikling av den (ibid).

### 3.3.3 Teori om refleksjon:

Tveitens syn på refleksjon; *”å reflektere betyr å vende tilbake, eller kaste tilbake”* (Tveiten, 2002:10). Refleksjon er et vidt begrep som kan anvendes på flere måter. *”Begrepet anvendes i forhold til mer enn tankeprosesser, slik at også affektive prosesser og kroppslige prosesser eller handlinger inngår.”* (Tveiten, 2002:10)



I Lauvås og Handal (2000) vises det til Donald A. Schön, som er anerkjent for sine teorier innen pedagogikk. Schön skiller mellom to typer refleksjon; ”reflection-in-action” og ”reflection-on-action”. Å reflektere i handlingen vil ifølge ham være spontant og individuelt, og skje i en situasjon som forandrer seg som følge av pleierens handlinger. Det er en blanding av kunnskap, erfaring og intuisjon som bestemmer handlingen. Han hevder at praktikerne ofte ikke vet hvorfor hun handler som hun gjør, det skjer naturlig.

Å reflektere om handlingen vil derimot være mer planlagt og konkret, handle om en plan for handling, eller om en allerede gjennomført handling. Det er tankeprosessen som skjer etter handlingen er gjennomført, om utfallet av handlingen, prosessen i handlingen og konsekvensene det hadde for handlingen. Sistnevnte refleksjonsmetode vil være aktuell i forhold til veiledning (Lauvås og Handal, 2000).

Tveiten (2002) beskriver en modell for veiledning som vektlegger refleksjon over handling, som kan sies å være inspirert av Schöns syn på refleksjon. Schön mener at å reflektere over praksis er en måte å utvikle praksisen på. Når praktikerne er reflektert i sine handlinger, vil praksisen hans vise bevisste verdier, kunnskaper og tanker (ibid.).

### 3.4 Hva er kompetanse?

Ut fra definisjonen presentert tidligere, kan vi forstå kompetanse som ens ”individuelle kunnskaper, ferdigheter, holdninger og erfaringsbasert innsikt relatert til en definert yrkesfunksjon” (Tveiten, 2002:13)

Skau (2002) sier om kompetanse at det er en del av vår profesjonalitet. Det er den siden av oss som er vanskelig å sette begrep på og måle, den har å gjøre med menneskelig kvalitet og personlig væremåte i forhold til oss selv og andre. Kvaliteter som følsomhet for samspill, intuitiv viten, ansvarsfølelse, sosial kraft og evne til å tenke og handle på nye måter i nye situasjoner, er eksempler på sider av oss som går under den personlige kompetansen. Kompetansebegrepet brukes om å være skikket eller kvalifisert til å gjøre det man gjør (ibid.).

Taus kompetanse, eller taus kunnskap, er et begrep som av Lauvås og Handal (2000) betraktes som verdier, holdninger, følelser, fornemmelser og ferdigheter som er kroppslige og sanselige. De mener betegnelsen ”*innforstått kunnskap*” er bedre, fordi begrepet dreier seg i stor grad om en kunnskap vi selv knapt er bevisst over at vi har i oss. Det at den er taus,

menes at den er vanskelig å sette ord på, om ikke umulig (Lauvås og Handal, 2000:90).

Tveiten (2002) viser til filosof og forsker Michael Polanyi, som beskrev begrepet taus kunnskap for om lag femti år siden. Hans tanker om taus kunnskap var å vite mer enn man er i stand til å sette ord på og forstå. Det er en kunnskap som er integrert i personen og fungerer taust, noe som kan bety at den ikke trenger å anvendes bevisst av individet (ibid.).

Å utvikle personlig kompetanse er tidkrevende, men det vil heller ikke si at utviklingen og modningen innad skjer av seg selv. Det er ikke nok bare å oppleve det som skjer, men vi må være opplevelsen bevisst. Da kan man reflektere over hendelsen og knytte den til tidligere erfaringer for å vokse (Skau, 2002).

”I alle yrker der samspill mellom mennesker er viktig, er personlig kompetanse en betydningsfull og nødvendig del av den samlede profesjonelle kompetansen. Det er en form for kompetanse som forutsetter menneskelig modning og erfaring, og som vi kan utvikle gjennom hele livet.” (Skau, 2002:57)

Skau (2002) hevder at den samlede profesjonelle kompetansen består av tre punkter, som vil komme til uttrykk samtidig i de handlinger vi foretar oss. Selv om de vil ha ulik tyngde vil de utgjøre en helhet. De er satt sammen til en modell for profesjonell kompetanse, kompetansetrekanten, med de tre punktene; *teoretisk kunnskap*, *yrkesspesifikke ferdigheter* og *personlig kompetanse*.

Den *teoretiske kunnskapen* består av allmenn, forskningsbasert viten, og faktakunnskaper. I denne inngår både kunnskapen om hva vårt fag rommer, og de kunnskapene som er relevante for utøvelse. Å inneha de *yrkesspesifikke ferdighetene* innebærer å kunne de praktiske sidene ved yrkesutøvelsen, for eksempel teknikker og metoder (ibid.).

Den siste er den *personlige kompetansen*, som Skau (2002) mener handler om hvem man er som person. Det er en viktig del av kompetansetrekanten, som ikke vektlegger de faglige eller tekniske kunnskapene, men den kunnskapen vi har om å være medmenneske, og om å se menneskene du jobber med. Den vil også være personlig, bygd på vår erfaring, hendelser vi har opplevd og vår tolkning av disse (ibid.).

### 3.5 Teori om metoder og erfaringer i refleksjonsarbeid

#### 3.5.1 ”Hjerte, hode, hender”

”Hjerte, hode, hender” fra Sosial- og helsedirektoratet, av Amble og Gjerberg (2007) er et refleksjonsverktøy som har som mål å hjelpe helsepersonell å mestre de relasjonene med pasienter og brukere som kan være krevende. Det har blitt laget ut fra et prosjekt basert på forskning og utvikling blant ansatte i pleie- og omsorgstjenesten (ibid.).

Refleksjonsarbeidet som beskrives i heftet (Amble og Gjerberg, 2007) er inspirert av ”sløyfe”-tenkningen som går ut på sekvenser som veksles mellom refleksjon og praksis, og går ut på refleksjonsgrupper.

#### 3.5.2 Erfaringer med refleksjonsarbeid og veiledning i sykehjem

I sykehjem i Oslo har det blitt utført avdelingsvis veiledning og refleksjon blant ansatte, for å nå et av målene til Undervisningssykehjemprosjektet; ”å heve og sikre kvalitet og kompetanse relatert til gamle, med særlig vekt på sykehjemstjenestene” (Bergland, Hestetun, Kristiansen, 2003:1). Deres mål med veiledningen var at gruppen i fellesskap skulle reflektere over situasjoner og finne en klarere forståelse av dem sammen, ved å dele tanker, personlige reaksjoner og forståelsesmåter. De ønsket også at personalet skulle få en klarere forståelse av egen praksis, finne ut om det eventuelt var noe som burde endres på, eller om den praksisen de hadde var av god kvalitet og faglig forsvarlig. Deres erfaring var at pleierne hadde utbytte av gruppeveiledningen og refleksjonen, at de følte seg tryggere i møte med pasienten og hadde mye å lære av hverandre (ibid.).

Etter prosjektstarten for kompetanseheving i sykehjem ble det i tillegg også utviklet et læringsprosjekt for hjemmesykepleien (Fermann og Horntvedt, 2006). I deres refleksjonsgrupper har de hatt et åpent forum uten regulering etter yrkestittel, for at det skulle være erfaringene de hadde som ble grunnlaget for gruppesamtale og refleksjon. De hadde en blanding av pleiere fra hjemmesykepleie og sykehjem (ibid.). Arbeid i refleksjonsgrupper har også vært utført i sykehus, også med det formål å styrke pleierens trygghet i sin praksis, ved å utvikle og videreutvikle deres personlige og faglige kompetanse (Tennøe, 2005).

### 3.6 Teori om kultur

Kultur: ”Med kultur forstår vi de kunnskaper, verdier og handlingsmønstre mennesker tilegner seg som medlemmer av samfunn.” (Magelssen, 2002) Man kan kalle et samfunn for et fellesskap, hvor medlemmene til en viss grad har felles verdier, identitet og interesser. I tillegg er det gjensidige forventninger til rollene medlemmene har i dette fellesskapet (Magelssen, 2002). En sykehjemsavdeling kan etter denne definisjonen regnes som et samfunn, hvor pleierne innehar roller og har tilnærmet like verdier.

## 4.0 Drøftingsdel

*”Omsorgen for afasipasienter på sykehjem:*

*Hvordan kan sykepleier bidra til å øke den personlige kompetansen hos personalet ved hjelp av refleksjonsgrupper som fremmer refleksjon i og rundt praksisen?”*

### 4.1 Prosjektstart

Jeg vil først nevne noen forutsetninger her for at refleksjonsgruppene vil kunne være gjennomførbare i praksis. Det aller første jeg bør gjøre, er å ta opp saken med avdelingsleder. Forklare hvorfor jeg mener at avdelingen har et ”problem” med forståelsen av afasipasientene, og legge fram mine forslag til måter å løse det på. Dersom avdelingsleder synes det høres fornuftig ut, og er enig, kan jeg be om å få utføre mine tiltak. Berglund m.fl. (2003) sier det er viktig at avdelingslederen er tydelig i forhold til viktigheten med veiledningen. Avdelingsleder bør sette av tid til refleksjonsgruppene, for å gjøre det legitimt å være med og for å vise at det er en prioritert del av arbeidet (ibid.).

Jeg mener det finnes en avdelingskultur i alle sykehjemsavdelinger. Med kultur menes et fellesskap som til en viss grad har felles interesser, identitet og verdier, og hvor medlemmene gjensidig har forventninger til hverandres roller i fellesskapet (Magelssen, 2002). Dette kan relateres til en sykehjemsavdeling med sin felles identitet som pleiere, i forskjellige yrkesgrupper som sykepleiere, hjelpepleiere, ufaglærte, leger m. fl. Man har forskjellige forventninger til hverandre ut fra yrkestittel, men den samlede forventningen til alle vil nok være å skulle gi god og forsvarlig pleie til pasientene.

De ansatte er en gruppe mennesker som er forskjellige av natur, noen kan være frempå og kanskje derfor få en usagt lederstatus, mens andre kan være stille og forsiktige og bare bli dratt med. La oss si at i den avdelingen jeg skal få i gang et refleksjonsprosjekt, er det en slik sammensetning av mennesker. Jeg tror det blir viktig å inkludere sykepleierne og de andre pleierne på avdelingen for å få en aksept og forståelse for prosjektet og viktigheten med det. Dessuten vil det å få med ”flere på laget” kunne gjøre at det blir en avdelingsoppgave å gjennomføre prosjektet, at alle føler de er tatt med og får motivasjon til å bidra, i stedet for at det blir en individuell oppgave som ligger på sykepleieren som har tatt det opp.

Ut fra erfaringene av veiledningsprosjektene i Amble og Gjerbergs refleksjonsverktøy (2007), skulle det litt til for å motivere avdelingene til å se på refleksjonsarbeid som et likeverdig arbeid med andre oppgaver som gjøres på avdelingen. Derfor blir det igjen viktig at alle føler seg tatt med, hvis ikke kan det oppstå negative følelser omkring prosjektet og da vil det bli vanskelig å gjennomføre.

Jeg ville nevne dette, men er ikke noe jeg vil gå noe mer inn på, både på grunn av oppgavens størrelse og fordi det vil falle utenfor det som er mitt fokusområde etter problemstillingen. Jeg synes likevel det bør nevnes, fordi det må gjennomføres og er en viktig forutsetning for å kunne starte et slikt ”prosjekt” i avdelingen.

#### 4.2 Hvorfor er kompetanseheving viktig i forhold til afasipasienter?

*”Karl sitter på stua når jeg kommer på jobb. Han gråter og roper. Han sitter ved fjernsynet, men følger ikke med. Personalet er oppgitte når rapporten startes, og kan fortelle at han har vært ”sint og umulig” hele dagen. Han hadde nektet å bli hjulpet til sengs, og de fikk heller ikke hjelpe ham på toalettet.”*

Det er ikke lett å være pleiepersonell når du vet pasienten sulten, men nekter å spise, du vet han bruker bleie, men du får ikke skiftet på flere timer. Når man har med afasipasienter å gjøre, vil det kunne være enda vanskeligere, fordi her er kommunikasjonen redusert. Det blir vanskeligere å for eksempel forklare viktigheten med å bli stelt dersom han ikke vil. Kanskje svarer pasienten ja når han mener nei, eller det er en usammenhengende ”ordsalat” som skal forklare hva pasienten ønsker til middag. Det kan være vanskelig og frustrerende for pleieren som skal møte ham, for hvordan skal hun best forholde seg når kommunikasjonen er så vanskelig å få til?

Jeg har ofte sett det, både i jobb og praksissammenheng, at det råder en del fortvilelse og frustrasjon hos pleiepersonell som jobber med afasipasienter. Mange føler de ikke strekker til, og at de ikke vet hva de skal gjøre når kommunikasjonsforsøkene ikke når fram.

I henhold til gjeldende lover, er helsepersonell blant annet pliktet til å gi forsvarlig hjelp til pasientene, jamfør Helsepersonellovens § 4. Lovene setter en standard for kvaliteten på pleien afasipasientene har rett til, og de gir derfor også et krav til nivået av kompetanse.

Afasipasienter trenger en del tilrettelegging i hverdagen på grunn av språkvanskene. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2007) står det at det skal ivaretas helhetlig omsorg for pasienten, og med det tolker jeg som å skulle hjelpe pasienten å få dekt sine grunnleggende behov, både fysisk og psykisk. Det blir derfor sentralt at helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen har kunnskap og forståelse om afasi, og også klarer å inngå gode forhold med pasientene for å kunne ivareta dem helhetlig.

Jeg har i teoridelen, jf. avsnitt 3.4, presentert Skaus (2002) kompetansetrekant. I forhold til å arbeide med afasipasienter kan man si at den teoretiske kunnskapen som vil være viktig, er hva afasi er, hva som forårsaker afasi, og hvordan dette påvirker pasientens evne til å uttale eller forstå ord. Yrkesspesifikke ferdigheter omtales som de praktiske ferdighetene man har innen faget (ibid.), og kan her være for eksempel hvordan hjelpe pasienten med ivaretagelse av personlig hygiene eller å kunne diverse forflytningsteknikker. Den tredje kompetansetypen, personlig kompetanse, vil iflg. Skau (2002) være viktig hos sykepleiere og andre som arbeider i omsorgen for andre mennesker, på grunn av at de jobber i samspill med mennesker daglig.

Skaus (2002) kompetansetrekant kan ses i sammenheng med Amble og Gjerbergs (2007) ”hjerte, hode, hender” – tanke. Den teoretiske kompetansen kan sies å være hodet, hodet lagrer teoretisk kunnskap. Den yrkesspesifikke kompetansen kan ses på som hendene, de utfører de praktiske handlingene man lærer seg. Den personlige kompetansen kan tolkes til å være hjertet, hjertet som føler og tolker signaler fra pasienten. Fra å se pasienten med hjertet, våre følelser, og legge til vår teoretiske kunnskap, kan vi utføre gode og reflekterte handlinger mot pasienten i praksis.

Skau (2002) snakker om personlig kompetanse, som kan tenkes å kunne oppnås ved å reflektere over den tause kunnskapen vi alle innehar. Å sette ord på handlinger kan være vanskelig, men lærerikt, jeg har selv fått flere aha-opplevelser når jeg har forklart situasjoner jeg har vært i. Den tause kunnskapen er en del av oss, som vi ikke trenger å være bevisst på at vi har eller benytte oss av bevisst. Vi benytter oss av den integrert i våre handlinger, selv om den kan være vanskelig å sette ord på (Tveiten, 2002, Lauvås og Handal, 2000).

På sykehjem mener jeg det ligger et visst ansvar for pasientene på alle pleierne på avdelingen, uavhengig av yrkesstatus. Ansvar i forhold til å møte pasienten, å kunne møte ham med

respekt og omsorg, slik han har krav på etter gjeldende lover og forskrifter. Pleiere møter pasienter i ulike situasjoner, det være seg i hjelp til personlig hygiene, mating eller hjelp til å dekke andre av pasientens grunnleggende behov.

Det vil si at også de ufaglærte får et ansvar når de møter afasipasientene og skal hjelpe dem. Det blir også en hensikt med refleksjonsgruppene å gi dem en bedre teoretisk kompetanse, slik at de føler at de mestrer å møte pasienter med kommunikasjonsvansker.

#### 4.3 Hvorfor refleksjonsgrupper?

Tveiten (2002) sier at ved å reflektere over noe i en gruppe, vender man tilbake til situasjonen man var i, slik at den gjenskapes og deltagerne kjenner på de følelsene, tankene, kroppsreaksjonene og handlingene de hadde i den situasjonen. Jeg tror refleksjonsgruppene kan bidra til at hver enkelt får utviklet sin personlige kompetanse, og kan lære å bruke refleksjon mer aktivt i situasjoner når man møter afasipasienter.

Å bruke refleksjonsgrupper kan sikre at den individuelle mestringen kan gå over til en individuell praksis (Amble og Gjerberg, 2007). De erfarte i bruken av refleksjonsgrupper at en god praksis kan læres og videreutvikles, og at mestringsgraden økte hos pleierne når de reflekterte sammen med sine kollegaer (ibid.).

Å arbeide i refleksjonsgrupper er noe jeg er vant med fra praksistiden i studiet, hvor alle studentene som var i samme praksisfelt og en veileder fra skolen hadde jevnlig møter. Jeg synes det er en fin måte å reflektere på, for du får også andres synspunkter og innfallsvinkler på situasjoner du har vært i. Det gav også en god følelse å vite at jeg ikke var alene om å føle meg utrygg og usikker i enkelte situasjoner, og jeg tror det gav trygghet og lærdom til alle studentene å kunne snakke med hverandre. Veileder fra skolen trakk inn det teoretiske i tillegg, slik at vi fikk reflektere rundt teorikunnskapen vi brukte i handlingene.

Bergland m.fl. (2003) hevder at personalet som var med i refleksjonsgruppene utviklet evnen til nyansert og kritisk vurdering av sin egen praksis ved å analysere de situasjonene hvor de opplevde å ikke gi et godt nok tilbud til pasienten. Dette skal ha gitt læring til alle i refleksjonsgruppen, og personalet opplevde selv å ha fått et bedre utgangspunkt for å møte slike situasjoner igjen (ibid.).

Bergland m.fl., (2003) sier at etter at refleksjonsgruppene på sykehjemmene hadde eksistert i ¾ år, opplevde pleierne at de følte de hadde større forståelse for pasientens problemer og for



avdelingens arbeidsformer. De opplevde også å ha fått en mer samlet og ”lik” praksis etter refleksjonsgruppene. Bergland m.fl. (2003) mener at det har gitt personalet gradvis mer trygghet, fordi det ble tydeliggjort hva den enkelte kunne bidra med ut fra sitt ståsted. Tryggheten de utviklet i forhold til egen praksis, førte til at de følte seg mer styrket til å ta ansvar (ibid.).

Lauvås og Handal (2000) mener det er en todelt hensikt ved å reflektere i grupper; det utvikles personlig kunnskap, i tillegg til å utvikle profesjonens kunnskap og praksis. Refleksjonsgruppene kan altså bidra både til både at enkeltpersonen kan oppleve en øking i kompetansen, og at avdelingen samlet kan få et hevet kunnskapsnivå og en praksis deretter.

#### 4.4 Refleksjonsarbeid etter den didaktiske relasjonsmodellen

Jeg tror jeg vil ha god hjelp av å legge opp veiledningen, og refleksjonsarbeidet, etter Hiim og HIPPES (1998) didaktiske relasjonsmodell. De seks punktene i relasjonsmodellen, og som jeg går ut fra her, er; rammefaktorer, mål for veiledningen, elev- og læreforutsetninger, arbeidsmåte og innhold, og vurdering.

##### 4.4.1 *Rammefaktorer*

De kan i dette tilfellet ses på som tiden vi har til rådighet til å utføre veiledningen og refleksjonsarbeidet. Jeg ser for meg at min ramme for å sette opp refleksjonsgrupper blir arbeidsdagen.

En ordinær arbeidsdag forløper seg som regel med rapportmøte i vaktskiftene; morgen, ettermiddag og kveld. Det kan være vanskelig å sette av tid til refleksjon omkring hendelser i rapportmøtene, fordi da er det ofte travelt. Jeg ser for meg at det kan være vanskelig å ta opp situasjoner da, det blir ikke en ramme rundt som inviterer til refleksjon. Tveiten (2002) mener at å ha struktur på veiledningen er viktig, både for å få den gjennomført og i tillegg for å gi trygghet til personalet. Det vil nok bli lettere å ta opp situasjoner når det er en ramme rundt på grunn av at da er det satt av tid til nettopp refleksjon sammen, og det er ikke mange andre ting man tenker at man burde gjort.

Å ha struktur på veiledningen er ofte en forutsetning for at den blir gjennomført, fordi det er lett at den blir nedprioritert når det er mye annet som skjer på avdelingen. Dette kan også bidra til trygghet i gruppa. Man får bevisstgjort sitt behov for veiledning, og eventuelt også

forberedt seg (Tveiten, 2002). Struktur på veiledningen og samrefleksjonen, tror jeg vil kunne gjøre at det blir tryggere å ta opp situasjoner, og at alle føler de virkelig får gått igjennom situasjonen de synes var vanskelig. Pleiere opplever å ikke ha tid til å sette seg inn i situasjoner de opplever i praksis, fordi det er mye å gjøre på avdelingen. Samrefleksjonen i gruppe kan være en måte å møte pleiernes behov for dette på (Tennøe, 2005).

Det anbefales av Amble og Gjerberg (2007) at man legger opp til samrefleksjon i grupper på rundt åtte personer, i planlagte tidsrom, for eksempel to faste dager i måneden, og med en tidsramme på en til to timer per møte. Ved å følge dette, og legge opp til faste møter, vil det kunne gi en bedre ramme rundt refleksjonsseansen, det blir ro og tid til å holde fokuset på refleksjonen, uten avbrytelser. Praktisk sett bør nok tidspunktene ligge i et tidsrom hvor det er rolig på avdelingen, og de som er på jobb og skal delta, kan gå ut av avdelingen. Når møtene er planlagte, vil det også være lagt opp slik at det er en veileder, sykepleier, tilstede for å lede møtene.

#### *4.4.2. Elev-og læreforutsetninger*

Elev- og læreforutsetningene sier noe om hvilke forutsetninger den enkelte har for å lære (Hiim og Hippe, 1998). Er det mennesker med lang erfaring og mye kunnskap, eller mennesker med liten erfaring og kunnskap?

I refleksjonsgruppen ser jeg for meg en blanding av erfarne og uerfarne, faglærte og ufaglærte, for at alle skal kunne lære av hverandre. Amble og Gjerberg (2007) sier at uavhengig av hvor lang erfaring man har innen yrket, vil man ha et utbytte av refleksjonsgruppen, fordi man blir mer klar over de erfaringene og ressursene man har, og det vil øke graden av mestring.

De som er erfarne og faglærte har mye kunnskap som kan deles med de andre på gruppa, og som igjen kan bidra til at de andres kompetanse kan styrkes. De kan det faglige, de kan ha møtt mange forskjellige afasipasienter og de har kanskje prøvd ut forskjellige løsninger for å mestre vanskelige situasjoner med mennesker med språkvansker.

Det som imidlertid ikke må bli glemt i refleksjonsgruppene, er at de ufaglærte og lite erfarne også må komme til. Selv om de ikke har noen faglig utdanning eller lang erfaring, har de også ressurser og innfallsvinkler på problemer som blir tatt opp. Det som kan være fint, og som jeg selv har opplevd som fersk sykepleierstudent, er at man som ”uvitende” ofte kan sette

spørsmål til hvorfor ting blir gjort som de blir, og da får de faglærte og godt erfarne noe å tenke over. Kanskje de ikke helt kan begrunne sin handlemåte, og da blir det et godt utgangspunkt for å reflektere over sine handlinger.

”Generell, vitenskapsbasert kunnskap er en viktig og nødvendig del av profesjonaliteten, men ikke nok. Den vil kanskje ikke engang være den viktigste når det gjelder våre handlingsvalg i praktiske arbeidssituasjoner”(Skau, 2002:54)

Skau (2002) mener at man kan finne en type kompetanseskjevhet i forhold til de ufaglærte. Disse har lite teoretisk bakgrunn og mangler den fagspesifikke kompetansen. Hun mener at de kan likevel inneha gode og verdifulle egenskaper for å jobbe i helsevesenet, som varme og omtenksomhet overfor afasipasienten (ibid.). Kanskje de har et godt følelsesmessig blikk, og ”ser” pasienten bak sykdommen, til tross for manglende teoretisk og yrkesspesifikk kompetanse.

En stor del av kunnskapen om kommunikasjon vil jeg påstå ligger under den personlige kompetansetypen. Travelbee (1999) snakker om viktigheten med å kunne inngå menneske-til-menneske-forhold. Hun mener at kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier må fungere godt for at sykepleier skal kunne inngå et menneske-til-menneske-forhold til pasienten. At sykepleieren anvender en disiplinert, intellektuell tilnærmingstype mot pasientens problemer, er viktig for å fremme kommunikasjonen (ibid.).

Jeg tolker å anvende en intellektuell tilnærmingstype i forhold til pasienten som å bruke sin teoretiske kompetanse. Kan man da si at de ufaglærte vil kunne trenge en kompetanseheving på dette området for å bli i stand til å inngå menneske-til-menneske-relasjoner med afasipasientene?

Travelbee (1999) sier også at man må kunne sette seg selv på samme nivå som pasienten for å kunne skape en god menneske-til-menneske-relasjon. Jeg mener det havner under den personlige kompetansen, fordi det trenger ikke å være en tillært egenskap gjennom teori. Det kan derfor også hevdes at alle pleiere, uansett yrkesbakgrunn, kan ha mulighet for å skape gode relasjoner med afasipasienten.

Å inneha noe teoretisk kompetanse på området, tror jeg bare kan være positivt, da

afasipasienter er en ”spesiell” pasientgruppe. Det finnes mange gode metoder og tips for å kommunisere godt med afasirammede, som kan være av god nytte for de som jobber med denne pasientgruppen.

#### 4.4.3 Mål

*”Det var etter middagsserveringen en pleier kom gledesstrålede til meg. Karl hadde nektet å spise da hun skulle prøve å mate ham, men da hun spurte om han ville prøve selv, hadde han smilt fra øre til øre og nikket ivrig. Hun hadde skåret opp maten og tilrettelagt for ham. Nå satt han god og mett, av egen maskin, og hvilte seg i en godstol på stua med et smil om munnen. ’Jeg har aldri tenkt på det før, at han kanskje prøvde å si meg noe når han nektet å spise, og nå forsto jeg endelig hva han mente!’”*

Jeg ser på formålet med veiledningen som at pleierne på avdelingen, og kanskje særlig de ufaglærte, skal utvikle en større kompetanse omkring afasi, for å være trygge i samhandling med afasipasienter. I veiledningen kan de lære mer om det faglige aspektet; hva afasi er og hvordan man best legger opp til kommunikasjon med en afasipasient, og deretter reflektere omkring sin kunnskap og hvordan de møter afasipasientene.

Schöu (i Lauvås og Handal, 2000) snakker om to typer refleksjon, ”*reflection-in-action*” og ”*reflection-on-action*”. Ut fra Schöus syn, vil refleksjonsgrupper være en måte å bruke ”*reflection-on-action*” på, at man diskuterer omkring en situasjon som har hendt. Jeg tror det kan føre til at ”*reflection-in-action*” blir mer brukt, å reflektere under hendelsen og utføre handlinger deretter. En pleier som deltok i refleksjonsgrupper på sin arbeidsplass opplevde at hun tok med seg refleksjonen hun hadde lært i gruppa og brukte det i sin praksis (Tennøe, 2005).

Skau (2002) mener refleksjon er noe som må læres, og anvendes bevisst. For å kunne ha en utvikling i kompetansen må man være bevisst og reflektere før, under og etter situasjonen. Tveiten (2002) deler dette synet, og mener at det er vesentlig for at yrkesutøvelsen skal være god. Dersom refleksjonsgruppene kan fremme dette ved å bidra til at pleierne lærer å reflektere i handlingen, som Schöu (i Lauvås og Handal, 2000) sier, tolker jeg det som at yrkesutøvelsen da vil bedres på avdelingen.

Et annet mål ved refleksjonsgruppene er å bidra til å eliminere de, om jeg kan si, unødvendige ”feilene” som kan begås på sykehjemsavdelinger overfor afasipasientene. Og her kan sykepleieren bidra med sin fagkunnskap om afasibegrepet, samtidig som hele avdelingen trekkes inn i samrefleksjon rundt erfaringene de har med afasipasienter.

#### 4.4.4 Læringsprosessen

Ut fra Tveitens (2008) definisjon på læring forstås læring ikke bare som hver enkelts prosess til kunnskap og forståelse, men også som at samspillet med omgivelsene vil ha betydning. Derfor kan refleksjonsgrupper hvor man interagerer med andre, og deler erfaringer, antas å være en god måte å lære på.

Amble og Gjerberg (2007) forklarer læreprosessen i en refleksjonsgruppe som en sammensetning av ”sløyfer”. ”*Refleksjonssløyfa*” går ut på å dele personlig erfaring med andre, å reflektere over situasjoner i en gruppe, mens ”*aksjonssløyfa*” går ut på utprøving, feiling og læring i praksis (Amble og Gjerberg, 2007:26).

”Å reflektere før, under og etter handling er vesentlig for at yrkesutøvelsen skal være god. Refleksjon relatert til handling, forutsetter ikke nødvendigvis en veiledningskontekst. Veiledning kan imidlertid legge til rette for en dypere refleksjon.” (Tveiten, 2002:30)

Det kan ut fra dette hevdes at ved å bruke sekvenser mellom refleksjon i gruppe og utprøving i praksis, vil læreprosessen settes i gang og det kan gi en utvikling i kompetansen. Det viser også nødvendigheten med refleksjonsgrupper, som forhåpentligvis vil bidra til en refleksjon før, under og etter handling.

Pleierne kan inneha mye taus kunnskap, og trenger å sette ord på det for å bli gjort bevisst bakgrunnen for sine handlinger (Lauvås og Handal, 2000). Når man er gjort bevisst bakgrunnen for sine handlinger, kan det reflekteres over om det trengs å gjøres noen endringer av praksis, og da eventuelt utføre disse.

#### 4.4.5 Innhold

Tveiten (2002) sier at veiledningens form er dialog, man veiledes til å finne sine svar gjennom samtale og refleksjon. I refleksjonsgruppene vil samtalen og refleksjonen foregå mellom gruppedeltakerne, og med veileder som kan lede gruppen.

Innholdet jeg ønsker å ha fokus på er arbeidet med afasipasientene på avdelingen. Hvordan pleierne opplever å jobbe med denne pasientgruppen, og hvilke utfordringer de gir. Sammen kan vi reflektere over dette, og finne løsninger på etiske dilemma eller vanskelige situasjoner som man møter.

Refleksjonsarbeidet vil gå ut fra sekvenslæringen beskrevet i Amble og Gjerberg (2007); refleksjon, praksis, refleksjon, osv. Når en pleier møter på en situasjon hun synes er vanskelig, og krevende, tas den opp i refleksjonsgruppa på neste møte. For å reflektere helhetlig over dine handlinger i situasjonen, kan det være lurt å prøve å sette ord på hvordan man føler seg når en situasjon blir vanskelig, hva du tenker og hva du gjør. Deretter er ordet fritt blant deltagerne til å komme med erfaringer og innspill.

Her kan det være viktig at veileder er oppmerksom på at alle bør få komme til ordet, at det ikke er noen få i gruppa som overtar.

I avslutningssekvensen av møtet kan det diskuteres alternative løsninger, og det avtales å prøves ut i praksis til neste møte. Ved neste møte vil man i begynnelsen av møtet legge tid til å kunne evaluere om løsningene man kom frem til hadde en god virkning, og om saken er ”ferdigprøvd” eller om man vil gå videre i refleksjon rundt den.

I Bergland m.fl (2003) sine utprøvinger med refleksjonsgrupper hadde veilederen en sentral rolle. Hun hadde ansvaret for å holde struktur i veiledningstimene, motiverte den enkelte til å bidra med refleksjon i gruppen, samt at hun bidro til refleksjon ved å stille spørsmål til gruppen og til enkeltpersoner. I den grad hun hadde kompetanse til det, bidro hun også med faglige innspill til refleksjonen.

Det har vært påpekt i flere litterære kilder (Lauvås og Handal, 2000, og Tveiten, 2002) at den som leder gruppene bør være godkjent veileder fordi de har god kompetanse på feltet. Jeg vil tro at en sykepleier som setter seg inn i oppgaven også kan gjøre en god jobb dersom godkjent veileder bli vanskelig å få tak i. Amble og Gjerberg (2007) legger opp til at en sykepleier på

avdelingen leder møtene i sitt refleksjonsverktøy.

En ting jeg vil nevne kort, er at det blir viktig å dokumentere eventuelle tiltak man kommer frem til i refleksjonsgruppene. På den måten kan alle på avdelingen få ta del i hvordan man i fellesskap tenker at man vil prøve å håndtere en vanskelig situasjon på, og det inkluderer de som ikke var på møtet. Det tror jeg er en forutsetning for at arbeidet skal ha en felles nytteverdi. Dette gjelder imidlertid bare dersom man kommer frem til tiltak som skal utprøves. Jeg vil også understreke at alt som foregår i refleksjonsgruppen bør være taushetsbelagt, fordi det er sårbart å åpne seg for andre, og det skal være trygt for alle å komme med sine vanskelige situasjoner i gruppen.

#### 4.4.6 Vurdering

Etter å ha hatt refleksjonsgrupper og veiledning en tid, hvordan kan man så måle kompetansehevingen? Er det mulig å måle om personalet har økt kompetansen? Jeg tror det blir en svært individuell måling, den enkelte må kjenne på effekten av refleksjonsgruppene selv.

I refleksjonsgruppene er det ikke sikkert vi finner konkrete svar på hvordan vi skal møte afasipasienter i diverse situasjoner, men sammen kan man tenke over og vurdere ulike måter å handle på. På møtene kan man også bruke forskningsbasert teori og annen teori som finnes om afasi, for å få en bedre forståelse av deres reaksjons- og uttrykksform.

Dersom den enkelte pleier føler at hun kan gi god, forsvarlig omsorg til afasipasienten, og føler seg trygg på valgene hun tar i møte med ham, er det for meg et godt resultat av refleksjonsgruppemøtene.

*”Det var sommer, og vi satt rundt kjøkkenbordet sammen med Karl og noen andre beboere. Praten gikk livlig rundt bordet for alle, unntatt Karl. En pleier fikk en tekstmelding med en vits på mobilen sin, og leste den høyt for oss. Det tok en ørliten stund, så lo han. Karl lo høyt og hjertelig, så tårene sprutet. Vi kunne ikke annet enn å le vi også, det var en smittsom latter, og utrolig godt å se at han hadde det bra.”*

## 5.0 Avslutning:

Det har vært en lærerik og spennende prosess å skrive denne oppgaven. Den har vokst seg frem mer og mer etter å ha lest litteratur og fagartikler. Det har også vært en utfordring å skulle legge fra seg tanker og ideer som dukket opp underveis. Noen har jeg måttet nevne kort i oppgaven, fordi jeg mente de var for viktige til å utelate.

Mitt valg av teoretiker kan ha overrasket, i og med at det er andre teoretikere som kunne ha virket mer naturlige å bruke i en oppgave om veiledning og viktigheten av refleksjon over praksis. Jeg ønsket likevel å velge Travelbee, ut fra mitt bakenforliggende mål med oppgaven, som er å styrke pleiernes evne til å gi afasipasienter en helhetlig og god omsorg i sykehjem ved å heve kompetansen.

Jeg har funnet ut at refleksjonsgrupper er en kjent og erfaringsmessig god måte å kunne heve kompetansenivået i avdelinger i helsevesenet på. Viktigheten med å kunne lære seg å reflektere før, under og etter handling vil være av betydning for kvaliteten på yrkesutøvelsen, og det vil refleksjonsgruppene kunne bidra med. Å reflektere over hendelser setter pleieren bedre i stand til å kunne møte lignende vanskelige situasjoner senere. Sykepleieren kan bidra til kompetansehevingen ved å lede og veilede i refleksjonsgruppene. Hun kan tilføre teoretisk kunnskap i tillegg til å hjelpe pleierne til å få frem sine egne refleksjoner omkring sin praksis med afasipasienter. Det kan bevisstgjøre den enkelte pleier, og styrke deres samlede kompetanse ved å heve den personlige og teoretiske kompetansen, som derfra kan styrke den yrkesspesifikke.

Refleksjonsgruppene kan bidra til å gi de ufaglærte bedre kompetanse omkring afasi, og gi dem et godt teoretisk utgangspunkt for å møte afasipasientens behov. Å kunne inngå gode forhold med afasipasienten har vist seg å ha betydning for kommunikasjonen og pleien pasienten mottar (Sundin, Norberg, Jansson, 2001).

Refleksjonsgruppene kan være positivt også for å styrke samholdet blant pleierne, og gi en samlet kunnskapsheving i avdelingen.

Jeg ser nå at oppgaven kanskje har falt hakkert mer over på en generell oppgave om kompetanseheving. Metoden jeg har brukt, refleksjonsgrupper, er en generell metode som selvsagt kan være aktuell i forhold til andre sykdommer og lidelser. Hensikten var at den skulle vise viktigheten med en god kompetanse for å kunne samhandle med afasipasienter, og



samtidig gi en utprøvd og god metode for dette som kunne benyttes i sykehjem. Jeg håper likevel jeg har oppnådd deler av mitt mål, og klart å sette et fokus på det.

I arbeidet med oppgaven oppdaget jeg at det er blitt et større fokus på betydningen av veiledning i helsevesenet, i forhold til pasienter, kollegaer og kanskje spesielt sykepleierstudenter. Det finnes en godkjenningsordning for veiledere som drives av Norsk Sykepleierforbund, og det er også startet opp en videreutdanning for sykepleiere i praksisveiledning. Jeg tror dette er et område av sykepleien hvor vi får se en vekst og utvikling i årene fremover.

Som sykepleiere og annet helsepersonell jobber vi i en yrkesgruppe som vil kreve kontinuerlig kompetanseheving på grunn av nye medisinske oppdagelser, og på grunn av at vi møter nye mennesker hele tiden. Vi vil aldri bli utlært innen vårt fag, og jeg mener det også er en viktig grunn til at vi alltid må reflektere over våre handlinger for ikke å gå i et fast mønster. Jeg vil avslutte oppgaven med et sitat av Alec Bourne;

”It is possible to store the mind with a million facts and still be entirely uneducated”.

## Litteraturliste

### Pensumlitteratur:

- Andenæs, K. og L. O. Olsen (2003) *Juss for sykepleiere – innføring i helserett*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bjålie, J.G., E. Haug, O. Sand, Ø. V. Sjaastad (2000) *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, D., S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, K. Lund, K. Solheim (2001) *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Magelssen, R. (2002) *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe Forlag.
- Norsk Sykepleierforbund (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Smebye, K. L. og Å. Bergland (1997) *Sosial Kontakt*. Kap. 11. I: Karoliussen M. og K. L. Smebye (1997) *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wergeland, A., S. Ryen, T. G. Olsen (2001) *Sykepleie til pasienter med hjerneslag*. I: Almås, H. (2001) *Klinisk sykepleie – bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

## Skjønnlitteratur:

- Elstad, A. K. (1988) *Maria, Maria*. Oslo: Aschehoug.

## Selvvalgt litteratur: 364 sider til sammen.

- Amble, N. og E. Gjerberg (2007) *Hjerte, hode, hender: et refleksjonsverktøy for mestring i pleie- og omsorgstjenesten*. Distribuert av Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: Trykt av Arbeidsforskningsinstituttet. (= 79 s. ill.)
- Bergland, Å., M. Hestetun og M. Kristiansen (2003) *Veiledning: erfaringer med avdelingsvis veiledning*. Artikkel, publisert i *Sykepleien* nr 18/2003. (= 3 sider)  
Web-adresse: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=516&categoryID=61>
- Corneliussen, M., L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, M. Lind, E. Qvenild (2006) *Afasi og samtale – gode råd om kommunikasjon*. Bredtvedt kompetansesenter. Oslo: Novus Forlag AS. Kapittel 1 (=6 sider)
- Fermann, T. og R. Horntvedt (2006) *Den gode samtalen*. Artikkel, publisert i *Sykepleien* nr. 19/2006. (= 3 sider) Web-adresse:  
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=13030&categoryID=61>
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. November 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.  
Web-adresse: <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20030627-0792-0.html>
- Hiim, H. og E. Hippe (1998) *Læring gjennom opplevelse, forståelse og handling – en studiebok i didaktikk*. Oslo: Universitetsforlaget. Kap 3 (=14 sider).
- Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Kapittel 6 (=13 sider).

- Lauvås, P. og G. Handal (2000) *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. Fra side 65-84, s. 87-91. (= 25 sider)
  
- Skau, G.M. (2002) *Gode fagfolk vokser – personlig kompetanse som utfordring*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. Kap 3, 6, 7. (= 47 sider)
  
- Sundin, K., A. Norberg og L. Jansson (2001) *Qualitative health research – The meaning of skilled care provider's relationships with stroke and aphasia patients*. Sage Publications. (= 12 sider)  
 Web-adresse: <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/11/3/308>
  
- Tennøe, E. H. (2005) *To tenker bedre enn en*. Artikkel, publisert i *Sykepleien* nr. 15/2005. (= 2 sider)  
 Web-adresse: <http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1265&categoryID=61>
  
- Travelbee, J.(1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk 2001. Hele kap 1 og 10, og s. 135-139 (=67 sider)
  
- Tveiten, S.(2002) *Veiledning – mer enn ord...* Bergen: Fagbokforlaget. Kap 1 og 2 (= 93 sider)